

**PROFESSION  
BANLIEUE**

15, rue Catulienne – 93200 Saint-Denis  
Tél. : 01 48 09 26 36 – Fax : 01 48 20 73 88  
profession.banlieue@wanadoo.fr

[WWW.PROFESSIONBANLIEUE.ORG](http://WWW.PROFESSIONBANLIEUE.ORG)

CENTRE DE RESSOURCES

La politique de la ville en Seine-Saint-Denis

## MÉMO

### Démarche Atelier santé ville et programmation locale de santé

### Plan local de santé et contrat local de santé

*Version courte*

*Si les villes n'ont pas de compétences juridiques en matière de santé,  
elles sont légitimes et compétentes au sens des expertises mobilisées  
pour agir sur la santé et la qualité de vie des habitants.*

*Document produit dans le cadre du groupe de travail  
des coordonnateurs ASV de Seine-Saint-Denis et de leurs partenaires*

## DÉFINITIONS & RAPPELS

### Démarche ASV/Programmation locale de santé/Contrat local de Santé

La **démarche ASV (ASV)** est fondamentalement une dynamique de coordination<sup>1</sup> d'acteurs et d'actions avec une fonction dédiée à ce titre<sup>2</sup>, au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville<sup>3</sup>.

- Elle est fondée sur une ingénierie de projet devant soutenir le processus d'élaboration d'une programmation locale de santé. L'implication effective des habitants est une des stratégies à inclure au titre de la lutte contre les exclusions.
- L'ASV permet de structurer le volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Mais d'autres actions inscrites dans le CUCS au titre de l'éducation, de l'habitat ou du cadre de vie, par exemple, peuvent également contribuer à la santé des populations concernées. Il importe donc de les valoriser.
- La démarche contribue au développement des politiques de droit commun dans une double dynamique « local-régional » : les villes ont des spécificités et apports à faire valoir (connaissance des territoires, émergence de problématiques, modes opératoires ajustés...); la démarche ASV ne peut se réduire à la seule déclinaison des priorités régionales de santé publique.
- Le positionnement du coordonnateur ASV dans l'organigramme de la ville est déterminant pour que la démarche de programmation de l'ASV soit la plus pertinente.

La **programmation locale de santé**<sup>4</sup> est incontournable pour toute démarche ASV. Cette programmation doit permettre de dépasser la juxtaposition des actions pour aller vers l'organisation cohérente d'actions, autour d'objectifs définis pour une période donnée.

- Des objectifs et « résultats attendus » objectivés et écrits facilitent le partage d'une programmation.
- Les méthodes et outils pour réaliser le suivi et l'évaluation doivent être explicités.
- Les publics, territoires, partenaires et pilotes identifiés pour mener à bien cette programmation sont à valoriser. Les ressources financières peuvent apparaître sur le même document.
- Il est essentiel aussi de ne pas figer les projets : toute programmation doit être ajustée au fil du temps et des contextes à partir des échanges avec les acteurs concernés.
- Cette programmation doit mettre en valeur les objectifs assignés à la fonction de coordination et

préciser les modalités de gouvernance et d'organisation locale : comité de pilotage, comité technique, groupes de travail existant ou en prévision, interfaces entre partenaires et projets respectifs...<sup>5</sup>.

Le **Contrat local de santé (CLS)**<sup>6</sup> est la forme contractuelle des priorités identifiées dans un plan local de santé et mises en commun entre la commune ou l'intercommunalité et l'ARS.

L'ASV par son antériorité et sa connaissance du territoire constitue un appui central pour l'élaboration du contenu de ce contrat.

- La période des discussions autour d'un CLS constitue un moment clé pour renforcer l'analyse et les réponses aux problématiques de santé de façon transversale et intersectorielle (interfaces promotion de la santé, prévention, médico-social, soins).
- Le CLS est d'abord validé par la Conférence de territoires de santé puis par le Conseil Municipal. Il est ensuite signé entre le Maire ou le Président de l'intercommunalité si tel est le cas, le Préfet et le Directeur de l'Agence régionale de santé (ARS).
- Le coordonnateur ASV, étant prioritairement garant de la programmation liée aux publics en situation de précarité sur les quartiers de la politique de la ville, ne peut de facto être systématiquement le référent du CLS. Mais de ce fait, il a une place centrale dans l'équipe qui porte le CLS.

<sup>1</sup> Le terme de coopération est parfois préféré, soulignant les dynamiques de co-construction entre différents types d'acteurs ; s'ils relèvent de champs différents, on parlera de coopération intersectorielle (habitat, éducation et formation, social, médico-social, développement du territoire, justice...)

<sup>2</sup> L'ASV n'est ni un programme, ni encore moins une action. Le terme « démarche » souligne la nécessité de développer l'ingénierie de projet concertée.

<sup>3</sup> Des foyers pour travailleurs migrants peuvent être situés hors quartier prioritaire tout en restant des sites pris en compte par les ASV par exemple.

<sup>4</sup> Note : le terme « plan local de santé (PLS) » serait désormais réservé aux programmations sur les territoires définis par l'ARS (se référer à la circulaire à venir).

<sup>5</sup> Une programmation aboutie est le fruit d'un processus de concertation locale et demande du temps, des expertises pour être élaborée. Elle ne se résume pas à la juxtaposition de fiches actions.

<sup>6</sup> Ce n'est pas le Contrat Local de Sécurité !

## ÉTAPES À CONSIDÉRER POUR PRÉPARER LE CONTENU D'UN CLS ET LES DISCUSSIONS AVEC L'ARS

Le CLS met au débat la question de l'organisation des réponses sur un territoire pour réduire les inégalités de santé ; il ne peut se résoudre à un simple « contrat » sans passer par des étapes portant sur le contenu. Celles identifiées ci-dessous sont incontournables du point de vue méthodologique ; elles peuvent, selon les contextes en comporter d'autres.

- Étape 1** Valider l'intérêt de la commune pour un CLS et élaborer un argumentaire
- Étape 2** Clarifier le positionnement de l'ASV
- Étape 3** Consolider la concertation autour de la programmation locale
- Étape 4** Avoir une vision la plus exhaustive possibles des actions de santé
- Étape 4.1* ⇒ Recenser les actions portées ou soutenues par l'ASV
- Étape 4.2* ⇒ Recenser les actions en dehors de l'ASV

- Étape 4.3* ⇒ Clarifier les priorités pour la commune en matière de santé en tenant compte de ses ressources (humaines, matérielles, financières) mobilisées et mobilisables
- Étape 5** Identifier au sein de ses priorités, ce que la commune souhaite intégrer au CLS et développer un argumentaire
- Étape 6** Préciser le positionnement du coordonnateur ASV au terme de ces étapes et les modalités d'organisation générale du CLS
- Étape 7** Identifier les sujets sur lesquels la commune pourrait solliciter l'appui de l'ARS (éléments de diagnostic par exemple)

## POINTS DE VIGILANCE

1. Le « contrat » ne doit pas occulter le travail de fond autour de la méthodologie de projet.
2. Les CLS signés en 2011 en Île-de-France seront revus en 2012 (« clause de revoyure ») ce qui peut alors permettre de consolider la démarche méthodologique au fil du temps.
3. Il vaut mieux commencer autour d'une dynamique et d'une programmation « modeste » plutôt que de partir dans un processus trop lourd, difficile à structurer. Ceci ne doit pas exclure la capacité d'innovation qui reste essentielle.
4. Les différents champs (promotion de la santé, prévention, médico-social, soins) ne sont pas nécessairement pris en compte simultanément dans les réflexions initiales, mais peuvent être intégrés progressivement (à signaler dans les documents).
5. La démarche ASV est garante de la réduction des inégalités de santé sur les territoires de la politique de la ville. Les fondamentaux de la démarche ASV doivent donc être préservés et consolidés.
6. Le coordonnateur ASV, étant prioritairement garant de la programmation liée aux publics en situation de précarité sur les quartiers de la politique de la ville, ne peut *de facto* être systématiquement le référent du CLS. Sa place et son positionnement au sein de l'équipe qui porte la programmation et le CLS doivent être clarifiés dès l'engagement dans l'élaboration du contrat.
7. Les populations et territoires les plus vulnérables doivent apparaître de façon explicite ainsi que la réduction des inégalités de santé dans les programmations et dans le contrat lui-même. Pour mémoire, l'accès aux droits est une thématique transversale.
8. Les liens avec les différentes politiques publiques et dispositifs doivent être renforcés, explicités à l'occasion des discussions autour des CLS. Il est fortement recommandé de concevoir une équipe pour renforcer les processus méthodologiques.
9. La période actuelle est propice pour réfléchir à la simplification des modes de gouvernance afin d'éviter la multiplication des réunions.
10. L'ARS apporte aussi des éléments de connaissance des territoires (discussions autour de monographies, diagnostics, indicateurs selon leur disponibilité) et de la méthodologie.
11. Ne pas hésiter à solliciter la Conférence régionale de santé et de l'autonomie et ses différents collèges pour avis et questions.
12. Rester vigilant sur la cohérence entre les programmations et les modalités de financement.
13. Toutes les priorités des communes ou agglomérations ne seront pas nécessairement contractualisées, mais pour autant elles restent légitimes et devront bénéficier d'un soutien de la collectivité.